



**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U
ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE
E.S.E

CÓDIGO: AP-CT-F-16-05
VERSIÓN: 5
PÁGINA: 1 DE 1
FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: RODRIGUEZ RODRIGUEZ REINER EDUARDO 434045

TIPO DE DOCUMENTO: Cedula No. 14250951

CORREO: socorrer37@gmail.com CELULAR: 3012707427

PROCESO: Ambulancias y/o Secundarios

SERVICIO: Ambulancias y/o UNIDAD: Chapinero

| CENTRO DE COSTOS | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
|------------------|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|---|
| | A00 | | | | | | | | | | | |

BANCO: 28 TIPO CUENTA: SIN CUENTA

NUMERO CUENTA BANCARIA: 0

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8785-2025 N° DE PAGOS DEL CONTRATO

| NÚMERO DE CDP: | | FECHA | | NÚMERO DE CRP: | | FECHA | |
|----------------|------|------------|--|----------------|-------|------------|--|
| 1 | 1473 | 22/10/2025 | | 1 | 54023 | 01/11/2025 | |
| 2 | 1909 | 23/12/2025 | | 2 | 63402 | 23/12/2025 | |
| 3 | 45 | 08/01/2026 | | 3 | 2867 | 19/01/2026 | |
| 4 | 298 | 20/02/2026 | | 4 | 13167 | 28/02/2026 | |
| 5 | null | | | 5 | null | | |

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA O TECNOLOGO - APH

| PERIODO CERTIFICADO | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
|---------------------|-------|-----|-----|------|-------|-----|-----|------|
| | | 01 | 03 | 2026 | | 31 | 03 | 2026 |

TIPO SERVICIOS: Asistencial RESERVA DE GLOSA 2% 0

VALOR MES: 2,611,440 VALOR LETRAS

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | 11,059,440 |
| VALOR EJECUTADO: | 11,059,440 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 2,611,440 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 186 |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 100.00 % |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| PLANILLA | VALOR EPS | VALOR AFP | RIES | VALOR ARL | VALOR CAJA | TOTAL PLANILLA |
|------------|-----------|-----------|------|-----------|------------|----------------|
| 1079605874 | 218,900 | 280,200 | 5 | 0 | 0 | 499,100 |
| | 0 | 0 | | 0 | 0 | |

El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SOTELO VERDUGO ELIANA CRISTINA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

RODRIGUEZ RODRIGUEZ REINER EDUARDO

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.